FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel NEVEUX

Ancien externe des hôpitaux de Paris

LES HÉMATOMES CIRCONSCRITS INTRA-PÉRITONÉAUX D'ORIGINE GRAVIDO-TUBAIRE

Président : M. LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Que ce modeste ouvrage, fruit de plusieurs années d'efforts soutenus, soit pour lui un exemple de travail et de ténacité.

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Le Dr ALGLAVE, agrégé, chirurgien de l'hôpital des Petits-Ménages.

Le Dr GOUGET, médecin des hôpitaux (*in memoriam*).

Le Dr TALAMON, médecin des hôpitaux.

Pendant mon externat :

1° *En chirurgie :*

Le Dr DEMOULIN, chirurgien des hôpitaux (*in memoriam*).

Le Dr LAPOINTE, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Le Dr LAUNAY, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Le Dr BEURNIER, chirurgien des hôpitaux (*in memoriam*).

2° *En médecine* :

Le Dr BOULLOCHE, médecin de l'hôpital Bretonneau.

Le Dr LAFFITE, médecin de l'hôpital Beaujon.

Le Dr P. E. WEILL, médecin de l'hôpital Tenon.

Le Dr LEMAIRE, médecin des hôpitaux.

Le Dr DEMELIN, agrégé, accoucheur de l'hôpital Lariboisière.

Le Dr MACÉ, accoucheur de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.

Le Dr DEVRAIGNE, accoucheur des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Arrivé au terme de mes études médicales, ignorant tout échec, je suis heureux de pouvoir exprimer mes sentiments de profonde reconnaissance à tous mes maîtres

Que M. le Dr Anglave trouve, ici, l'expression de toute ma profonde gratitude. Je me souviendrai qu'il fut mon premier Maître, qu'il initia mon esprit neuf aux notions fondamentales, toutes mystérieuses alors pour moi, de la chirurgie, qu'il me donna cette profonde imprégnation qui me fut d'une aide si puissante et d'un grand secours durant mes études. L'intérêt qu'il me porta d'une façon toute particulière, sera pour moi un gage d'estime et un souvenir des plus agréables et des plus précieux.

Que M. Le Dr Laffitte reçoive, ici, l'expression de mes sentiments reconnaissants ; sa grande affabilité me permit de profiter de son remarquable esprit clinique.

J'adresse respectueusement un témoignage de profonde reconnaissance à M. le Dr Boulloche. Avec quelle bonté il m'évita les durs écueils de la médecide enfantile, cherchant toujours à m'instruire davantage. Avec un tel Maître, il me fut impossible de ne pas aimer cette clinique difficile et délicate et je ne pus que profiter d'un tel enseignement.

Cette thèse me permet de rendre hommage à mon

Maître, M. le Professeur Demelin, qui sut avec bienveillance me faire bénéficier de sa grande érudition et de sa haute connaissance des matières obstétricales.

Hélas, je ne puis que m'incliner devant la mémoire d'un maître regretté : M. le Dr Demoulin, qui voulut bien me confier le poste d'interne dans son service de chirurgie de l'Hôpital Bichat. J'ai su admirer et apprécier sa grande expérience, sa sûreté de jugement et sa souveraine droiture. Il fut pour moi le modèle du Devoir, que je m'efforcerai de suivre et d'imiter.

Que de reconnaissance dois-je à M. le Dr Lapointe. Me confiant le poste d'Interne dans son rervice de chirurgie de l'hôpital Bichat, il me permit, grâce à sa haute compétence, de compléter mes connaissances médicales et chirurgicales. C'est avec un sentiment ému que je me rappelle la première appendicite qu'il me fit opérer.

Lui devant beaucoup de mon instruction, je lui dois, encore, d'avoir inspiré le sujet de cette thèse, dû à sa grande expérience des matières chirurgicales, à son jugement sûr et à son esprit clinique curieux et critique. A cet excellent Maître, bienveillant et désireux de mon perfectionnement, guidant mes mains, corrigeant mes erreurs, je rends ici un hommage public de respect.

LES HÉMATOMES CIRCONSCRITS

INTRA-PÉRITONÉAUX

D'ORIGINE GRAVIDO-TUBAIRE

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION DES HÉMORRAGIES GRAVIDO-TUBAIRES

Les conséquences de l'interruption de la grossesse tubaire peuvent se résumer, ou peu s'en faut, d'un seul mot : *hémorragie*.

Dans nos traités de gynécologie, même les plus récents, les caractères anatomo-cliniques de ces hémorragies tubaires d'origine gravidique sont décrits sous deux aspects différents :

1° La forme diffuse ou inondation péritonéale ;

2° La forme enkystée rétro-utérine que Nélaton a décrite sous le nom d'hématocèle rétro-utérine.

Or cette hématocèle, dont Nélaton ignorait l'origine, nous apparaît comme la conséquence éloignée d'un hématome rétro-utérin, produit par une hémor-

ragie des vaisseaux tubaires d'origine gravidique, hématome qui a subi, à la longue, une transformation d'enkystement.

A cette lésion nettement définie et à celle-là seule convient le sens restreint du nom que lui a donné Nélaton. Par un abus de langage regrettable, risquant de créer quelque confusion dans les idées, les auteurs modernes ont sensiblement élargi le sens du mot hématocèle ; on a cessé de réserver ce mot à l'hémorragie génitale enkystée dans le petit bassin, pour l'étendre indûment à toutes les hémorragies dans le petit bassin, d'origine génitale, qu'elles soient enkystées ou non. Demoulin déjà s'est élevé contre cette extension abusive d'un terme à signification précise et restreinte et nous le voyons, à l'occasion d'un fait de sa pratique (*Annales de Gyn.*, 1895) employer à dessein le terme d'épanchement sanguin intra-péritonéal au sujet d'une hémorragie gravido-tubaire qui n'en était pas arrivée à la phase d'enkystement.

Il est évident que la vieille hématocèle telle que nous la trouvons décrite par Nélaton est une lésion qui met un certain temps à s'organiser ; que dire, alors, de la fortune singulière qu'a eue cette expression de Barnes : « hématocèle cataclysmique », qu'il a proposé pour désigner la forme diffuse des hémorragies gravido-tubaires ? Si cette expression donne une idée de la soudaineté et de la gravité des accidents, elle n'en constitue pas moins une fâcheuse antinomie : hématocèle et cataclysme de l'hémorra-

gie diffuse, on conviendra que ces deux mots jurent de se trouver ainsi accouplés.

Il résulte de nos observations cliniques et de nos constatations opératoires que la conception classique, s'inspirant d'un passé déjà lointain, est un peu trop simpliste. Quand on se contente d'opposer l'hémorragie diffuse à la forme enkystée on néglige un nombre considérable de faits qui ne peuvent se classer ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux formes.

Ce sont des faits de cet ordre qui servent de base à ce travail dans lequel il s'agit d'hémorragies modérées observées avant la phase d'enkystement des hématomes anciens ou hématocèles.

Ces faits nous autorisent à distinguer deux variétés d'hémorragies provoquées par l'interruption d'une grossesse tubaire :

1° *Hémorragie diffuse progressive* : *a*) H. intra-tubaire ;

2° *Hémorragies limitées circonscrites* : *b*) H. péri-métro-salpingiennes.

Nous ne nous attarderons pas à la description de l'hémorragie diffuse progressive ; c'est l'inondation péritonéale, l'écoulement de sang à grand débit et en grande quantité. Ce grand drame abdominal hémorragique, déjà observé par Aran en 1853, est trop bien décrit par les classiques pour que nous y insistions ici.

L'hématocèle, le vieil hématome enkysté, ne rentrant pas non plus dans notre sujet, il ne sera donc

question que des hémorragies limitées circonscrites qui peuvent se présenter sous deux aspects différents :

1° L'hémato-salpinx, lésion bien connue, dont nous ne parlerons pas sous sa forme isolée, mais seulement sous sa forme associée à l'hématome péri-métro-salpingien ;

2° Les hémorragies péri-métro-salpingiennes décrites par notre maître, M. Lapointe, dans une de ses leçons cliniques de l'hôpital Saint-Antoine.

L'absence de tout syndrome hémorragique grave explique leur confusion si fréquente avec les vulgaires salpingites et il nous a semblé qu'on ne leur avait pas accordé jusqu'alors la place qui leur revient dans l'étude des accidents hémorragiques de la grossesse tubaire.

CHAPITRE II

DU MÉCANISME DES HÉMORRAGIES LIMITÉES CIRCONSCRITES

Les hémorragies limitées circonscrites sont beaucoup plus fréquentes que les hémorragies diffuses provoquant le tableau classique de l'anémie suraiguë. Leur relation avec la grossesse tubaire est restée ignorée jusqu'aux travaux de Lawson Tait.

Les anciens, en effet, qui n'opéraient guère et pour cause, ne connaissaient les hémorragies pelvi-abdominales de la femme que par les autopsies. Ils savaient que la grossesse tubaire interrompue pouvait tuer en quelques heures par hémorragie quasi-foudroyante. Quant aux hémorragies qui ne tuent pas, ils ne les connaissaient que sous une seule forme, celle qu'ils pouvaient se permettre d'opérer par colpotomie, celle qui formait cette masse sanguine coagulée, cette tumeur-caillot enkystée dans le petit bassin derrière l'utérus et bombant dans le vagin ; c'est cette forme, reliquat des hémorragies compatibles avec la survie, qu'ils décrivaient sous le nom d'hématocèle. Ils ne pouvaient en soupçonner

la relation avec la grossesse tubaire et cela pour deux raisons.

1° Parce que la colpotomie ne leur permettait pas de voir l'état de la trompe, cause du délit et de remonter ainsi à son origine.

2° Parce que l'hématocèle étant déjà une lésion ancienne, le produit de conception, reconnaissable à l'œil nu, avait disparu depuis longtemps lorsqu'ils intervenaient.

Aussi les théories imaginées furent-elles aussi nombreuses que fantaisistes pour expliquer un pareil fait. Tour à tour on accusa :

1° Le péritoine ; ce furent : la théorie de l'exhalaison sanguine aiguë du péritoine et celle de la pachy-pelvi-péritonite hémorragique.

2° Les ovaires ; l'apoplexie ovarienne fut mise en cause ;

3° La rupture des varices du plexus utéro-ovarien ;

4° La trompe ; l'hémorragie cataméniale, le reflux du sang mentruel dans le péritoine, etc., furent invoqués.

En somme il faut reconnaître que l'on doit à Lawson Tait, grâce à sa série de publications et d'opérations de 1885 à 1888, l'interprétation pathogénique exacte de ces hémorragies ; attribuant ainsi et à juste titre la cause de ces accidents à une grossesse tubaire interrompue.

Jusqu'à Lawson Tait, en effet, on ne faisait le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale par grossesse

tubaire que lorsqu'on trouvait dans la trompe distendue ou dans la cavité abdominale le produit de conception reconnaissable à l'œil nu. Or dans la majorité des cas l'œuf ectopique succombe dans les premières semaines de son évolution, la trompe n'étant pas un organe propice à la gestation ; si l'interruption de cette grossesse est précoce, l'embryon est si petit qu'il passe facilement inaperçu; si elle est plus tardive et si elle date de quelques semaines on ne trouve plus rien, même en cherchant bien, l'embryon rudimentaire a disparu, il s'est résorbé, sans doute il a été phagocyté. Il n'est donc point surprenant que les Anciens n'aient reconnu comme grossesses extra-utérines que les grossesses dites « habitées » par un embryon ou un fœtus vivant ou mort et que le nombre bien plus considérable des grossesses « non-habitées » leur ait échappé. Aujourd'hui pour poser le diagnostic de grossesse tubaire, il suffit de trouver sur les parois d'une trompe ou dans les caillots qui la distendent quelques débris de villosités choriales ou même tout simplement quelques fragments du chorion ovulaire : syncitium et grandes cellules de Langhans. C'est là le signe histologique suffisant, nécessaire et pathognomonique de la gravidité tubaire comme il est celui de la gravidité utérine.

Grâce à ce critérium, qui fait reconnaître l'étiologie de ces hémorragies pelvi-génitales chez la femme, on peut dire que quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent une hémorragie intra-abdominale d'origine

génitale provient d'une grossesse tubaire arrêtée dans son évolution.

Il y a d'ailleurs dans les modalités variables de l'interruption de la grossesse tubaire des éléments susceptibles d'expliquer les modalités variables de l'hémorragie. On sait, en effet, que l'interruption d'une grossesse tubaire, cause de ces accidents hémorragipares, se fait par deux mécanismes différents, mais parfois associés.

1° **Par rupture**, qui peut être due :

a) *Au travail destructeur térébrant des villosités choriales.* Il se produit une perforation, parfois une simple fissure dans la paroi tubaire, les lacs sanguins sont ouverts dans la cavité péritonéale et le sang coule à flot : c'est l'hémorragie diffuse, l'inondation péritonéale des auteurs. Telle est, du moins, l'opinion classique ; en réalité la perforation est loin d'être incompatible avec l'hémostase spontanée et la formation d'un hématome circonscrit. Il arrive, en effet, qu'un caillot obture la perforation, l'hémorragie extra-tubaire s'arrête et un hématome circonscrit est constitué ; cependant le sang s'amassant dans la cavité tubaire peut faire sauter le bouchon obturateur et l'hémorragie se reproduit. Fréquemment l'œuf n'est pas expulsé et on le retrouve dans la cavité tubaire avec les caillots qui l'entourent.

Ainsi un débit sanguin peu rapide et une faible quantité de sang répandu, conditions favorables à la formation d'un hématome limité, peuvent s'obser-

ver après la perforation du sac tubaire aussi bien que les grandes hémorragies.

b) *A un éclatement par distension tubaire.* — L'œuf augmentant de volume distend la paroi tubaire qui finit par céder ; il se produit, ici, la plupart du temps, une large déchirure avec l'expulsion de l'œuf et l'hémorragie intra-péritonéale est abondante. On ne voit guère d'hémorragies limitées par large déchirure du sac tubaire mais on peut en voir.

2° **Par décollement.** — C'est l'avortement tubaire ; de petites hémorragies se produisent entre le placenta et la paroi de la trompe, l'œuf se décolle ; si la trompe est fermée il se produit un hémato-salpinx qui pourra secondairement se rupturer ; si la trompe est ouverte on aura l'avortement tubaire : avortement tubo-utérin, rare et l'avortement tubo-péritenéal beaucoup plus fréquent. Dans ce dernier cas il se produit habituellement une hémorragie limitée circonscrite, mais l'hémorragie diffuse n'est pas impossible.

Il en résulte que l'opinion classique voulant : que la rupture conduise à l'inondation péritonéale et que le décollement de l'œuf sans rupture tubaire fournisse un hémato-salpinx si la trompe est bouchée, et un hématome intra et extra-tubaire si la trompe est perméable, est une conception trop schématique, ne répondant qu'en partie à la réalité des faits. Il existe des perforations et des éclatements donnant des hématomes circonscrits, comme il existe des

hémorragies diffuses causées par un décollement ovulaire dans une trompe non rompue avec pavillon perméable.

Parmi les raisons qui peuvent favoriser l'arrêt de l'hémorragie et la formation d'un hématome circonscrit, on a invoqué surtout les adhérences pelvi-génitales, reliquats d'une inflammation atténuée antérieure du péritoine presque toujours d'origine gonococcique ; on a prétendu également que la coagulation sanguine se faisait difficilement dans un péritoine sain et on a formulé cette règle : dans un péritoine sain on a une hémorragie diffuse et dans un péritoine malade on a une hémorragie circonscrite. Certes nous ne nions pas l'importance des lésions péritonéales préexistantes, mais la règle ainsi formulée est inacceptable dans sa forme absolue. Qui n'a vu, en effet, au cours des laparotomies, du sang épanché dans un péritoine en apparence sain s'y coaguler en quelques instants ? D'autres causes interviennent et à notre avis, l'importance de l'hémorragie dépend moins de l'état du péritoine que :

1° Du calibre du vaisseau qui saigne ;

2° De la rapidité du débit ;

3° De la tension artérielle ;

4° Et sans doute aussi de la variabilité de « l'indice de coagubilité » du sujet qui saigne.

Enfin l'âge de la grossesse est sans doute le facteur de beaucoup le plus important.

CHAPITRE III

VARIÉTÉS TOPOGRAPHIQUES DES HÉMATOMES PAR HÉMORRAGIES CIRCONSCRITES

Dans ces formes, qu'il s'agisse d'hémorragie par perforation ou par fissure de la paroi tubaire ou venant du pavillon perméable, ce qui la caractérise c'est le peu d'abondance du sang épanché relativement à la grande quantité de l'hémorragie diffuse. La quantité de sang extravasé varie de quelques grammes à 300 ou 400 grammes. Ce sont des hémorragies limitées, subaiguës, ayant pour caractère habituel, mais inconstant, de se produire par poussées successives.

La localisation de l'épanchement dépend de celle de la trompe, du point où siège la perforation sur la paroi tubaire : sur ses faces antérieure ou postérieure, au niveau de son bord supérieur, — de la situation du pavillon de la trompe en cas d'avortement, — et aussi de la quantité de sang épanché.

Il est facile de comprendre ainsi les variétés de siège de ces hématomes que l'on peut ramener aux types suivants :

1° Hématome rétro-utérin

Il peut arriver qu'une trompe gravide, non adhérente, distendue par l'épanchement sanguin intra-tubaire, l'œuf s'étant décollé, tombe facilement dans le Douglas ; la rupture se produisant alors, on trouve dans le cul-de-sac rétro-utérin une masse constituée d'une part par la trompe plus ou moins distendue avec son caillot intra-tubaire et d'autre part des caillots extra-tubaires plus ou moins abondants.

Mais avec une trompe en place, l'hématome du Douglas est possible surtout quand le sang vient du pavillon ou d'une rupture de la face postérieure du sac tubaire ; aussi pour peu que l'hémorragie ait atteint quelques centaines de grammes, soit d'un seul coup, soit par poussées successives, le sang et les caillots se déversant au point le plus déclive, remplissent peu à peu le cul-de-sac rétro-utérin et s'y accumulent, déterminant ainsi un hématome du Douglas qui dans les cas de ce genre se prolonge latéralement autour de la trompe qui a saigné. Cette masse hématique, véritable moule sanguin du Douglas repousse en avant l'utérus contre la symphyse, aplatit le rectum en arrière et bombe dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

2° Hématome anté-utérin

Cette forme, décrite par les classiques sous le nom d'hématocèle anté-utérine, s'observe lorsque la rup-

ture tubaire siège sur la face antérieure de la trompe gravide, ou lorsque le cul-de-sac rétro-utérin est comblé par une rétroversion utérine. Alors le sang coule en avant du ligament large et de l'utérus dans le cul-de-sac vésico-utérin, y détermine la formation d'un hématome anté-utérin qui serait mieux dénommé *hématome pré tubaire*.

De cette forme assez rare nous en rapportons deux exemples dans nos observations personnelles (obs. VI et VII).

3° Hématomes latéro-pelviens

Les différents auteurs n'ont considéré jusqu'ici qu'une région antérieure, anté-utérine, et une région postérieure, rétro-utérine, où pouvait se collecter l'épanchement sanguin ; mais il existe aussi une région latéro-utérine, non moins importante, qui fournit à la clinique de nombreux cas d'hématomes circonscrits, sur lesquels nous insisterons d'une façon toute particulière.

Cette région négligée présente de nombreux accidents ; elle est, en effet, occupée par le ligament large contenant dans son aileron antérieur le ligament rond, dans son aileron moyen la trompe, dans son aileron postérieur le hile de l'ovaire avec ses nombreux ligaments. Nous y trouvons la trompe, l'ovaire avec ses nombreux ligaments : le ligament utéro-ovarien formant la partie interne du mésovarium dont la

partie externe est constituée par le ligament tubo-ovarien, puis le ligament lombo-ovarien. Si de plus nous ajoutons que l'ovaire repose dans une sorte d'excavation, décrite par Krause en 1841 sous le nom de fossette ovarienne, fossette parfois très accusée chez certains sujets, — et si, pour compléter cette brève description, nous signalons la « fossette rétro-ovarienne » décrite par Sappey, constituée par la continuité de la lame postérieure du ligament large avec la face antérieure des ligaments utéro-sacrés, puis la « fossette pré-ovarienne » limitée en avant par le ligament rond, en haut par les vaisseaux iliaques externes, en arrière par le mésosalpinx et le hile de l'ovaire : nous voyons que nombreux sont les reliefs et les dépressions péritonéales qui pourront permettre à un épanchement sanguin de faible quantité de s'y coaguler ; et de plus si nous ajoutons que souvent le péritoine de cette région a été déjà irrité par une inflammation antérieure presque toujours due à une inflammation gonococcique atténuée de la trompe il s'ensuit que nous avons là tous les éléments nécessaires pour permettre à un hématome de s'y constituer.

Ces hématomes latéro-utérins, d'une grande fréquence, se présentent sous la forme d'un amas de caillots, collés parfois au bord de l'utérus, englobant les annexes, nettement localisés à la partie latérale du pelvis, comme des annexes non prolabées dans le Douglas. Leur siège est au voisinage de la trompe et parfois de l'ovaire, lorsque le sang a pu sourdre

par le pavillon ; nous les trouvons aussi dans la région de la fossette ovarique entre les ligaments utéro-sacrés et le détroit supérieur ; aussi pouvons-nous les désigner sous le nom *d'hématomes péri-tubaires*. Leur volume n'est pas très considérable.

Fréquemment certains de ces hématomes nous ont paru être comme pédiculés, tenant encore par une de leur extrémité à la trompe, indiquant ainsi le siège de l'hémorragie, parfois une simple fissure sur la paroi tubaire.

La trompe est distendue et contient souvent l'œuf qui a déjà subi un commencement de décollement, donnant lieu à un hématosalpinx ; ou bien parfois on trouve l'œuf dans l'hématome péri-tubaire ou même rien du tout.

Dans tous ces cas l'hématosalpinx n'est que la partie la moins importante de la lésion.

Mais il y a, au contraire, des hématomes péri-tubaires, si peu importants, qu'ils s'effacent devant l'hémato-salpinx. Parfois il se produit une perforation en tête d'épingle de la paroi tubaire, un caillot bouche cette brèche infime et l'épanchement sanguin se fait dans le sac fœtal ; c'est ce que certains auteurs appellent « rupture cachée ». Dans ce cas il n'y a d'important que l'hématosalpinx ; mais le bouchon peut sauter, transformant ainsi l'hématosalpinx avec rupture cachée en un hématome péri-tubaire circonscrit ou même en une hémorragie diffuse.

Le passage d'une forme à l'autre, de l'hématome péri-tubaire à l'hématome rétro-utérin et à l'hémor-

ragie diffuse est une éventualité possible et fréquente, sur laquelle on ne saurait trop insister, elle doit toujours nous hanter et elle est à la base des indications thérapeutiques, comme nous le verrons. La transformation par hémorragies successives est une notion banale, et c'est ainsi qu'entre deux examens le caractère de l'hématome peut varier et l'on est parfois fort surpris de trouver, lors de l'intervention, un hématome plus volumineux qu'on ne le pensait, une hémorragie s'étant produite pendant l'intervalle (obs. XVII).

Dans tout cela, nous ne voyons rien qui ressemble à l'hématocèle de Nélaton. Cette cavité close du cul-de-sac rétro-utérin, l'enkystement par des fausses membranes dont la paroi forme une barrière solide, quand trouvons-nous ces lésions au cours de nos opérations ? Presque jamais et même nous pouvons dire jamais. Ce que nous trouvons dans nos interventions, qui sont précoces et qui doivent l'être, c'est un amas de caillots siègeant dans les situations variables que nous avons indiquées ; il y a bien autour d'eux quelques adhérences avec l'épiploon, l'S iliaque, le rectum, le cæcum et l'appendice suivant les cas, mais elles sont loin d'être constantes et quand elles existent elles sont faciles à libérer pour mettre à nu le coagulum et la trompe gravide contenant des caillots. Ce n'est que dans les cas datant de plusieurs semaines et que nous opérons trop tard que nous trouvons des fausses membranes en voie d'organisation, par suite de la réaction du péritoine

autour des caillots et qui, l'évacuation du coagulum faite, laissent le péritoine dépoli et saignant.

Ce n'est pas cela qui ressemble à l'hématocèle de Nélaton. Cette forme nous ne devrions plus la voir et si nous devons encore parfois la rencontrer, même comme une rareté, c'est que le traitement de l'hématome limité circonscrit n'a pas été fait en temps voulu, c'est qu'on a laissé évoluer cet épanchement sanguin comme il a voulu pendant des semaines et même des mois. Alors il s'est constitué une barrière solide de péritonite plastique autour du coagulum ; sur les anses intestinales agglutinées, sur l'épiploon, sur le péritoine pelvien les dépôts fibrineux du caillot ont amené des lésions de pachypéritonite adhésive ; une fausse membrane d'enkystement, quelquefois calcifiée, s'est organisée à la longue : voilà l'hématocèle de Nélaton exposée aux risques d'infection par l'intermédiaire des adhérences intestinales ou des annexes elles-mêmes, voilà ce que nous devons éviter.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Il ne faut pas s'attendre à trouver ici les symptômes de l'hémorragie de la forme diffuse. Le grand drame abdominal intra-péritonéal n'existe pas et ne saurait exister.

L'allure clinique des symptômes nous permet de distinguer deux types, qui quoique assez différents ne sont pas aussi éloignés qu'ils le paraissent :

a) Dans un premier type, l'hémorragie étant insignifiante et tout signe révélateur en faisant défaut on ne voit rien parfois qui permet d'y songer. Cette forme d'ailleurs par suite de poussées successives hémorragiques peut se transformer en le type suivant ;

b) Dans le deuxième type au contraire on peut voir un syndrome d'hémorragie chronique, comme il est de règle dans toutes les hémorragies à répétition, qu'il s'agisse d'une trompe, d'un ulcus gastrique ou d'hémorroïdes, c'est toujours la même chose.

En général il s'agit d'une femme, jeune encore, de vingt-deux à trente-cinq ans, ayant eu le plus souvent un léger passé génital gonococcique, qui présente sou-

vent des troubles et des irrégularités menstruelles : un retard de un ou deux mois ou parfois même a vu ses règles jusqu'alors abondantes cesser de l'être. Mais fréquemment, et les cas n'en sont pas aussi rares qu'on le croirait, il n'y a aucun retard de règles, ce sont des interruptions de grossesse tubaire datant des trois premières semaines ; ce fait négatif est un point qui nous paraît assez important, car il est souvent la cause d'erreurs de diagnostic, tellement on est habitué à compter sur la suppression des règles pour songer à la possibilité d'une grossesse.

Brusquement, en pleine santé apparente, la femme ressent dans le bas-ventre de vives douleurs, rappelant sous une forme atténuée celles des hémorragies profuses et s'accompagnant parfois de vomissements et de tendances syncopales. Mais les douleurs ne sont pas telles qu'elles obligent au repos absolu et prolongé. Il n'est pas rare de voir des femmes continuer à aller et venir avec un hématome gravido-tubaire dans le pelvis. Ces douleurs abdominales varient d'ailleurs suivant les malades mais sont toujours exagérées par la station debout, la marche, le travail, les efforts de toutes sortes : toux, défécation et même miction ; elles ont le caractère important de prédominer d'un côté.

La température s'élève au voisinage de 38 degrés, à cause de la réaction péritonéale due à la résorption du sang épanché ; mais fréquemment il n'y a aucune température, la femme étant apyrétique.

Un phénomène, d'une importance capitale, est à

signaler ; en même temps que les douleurs ou parfois dans les jours qui suivent survient une perte sanguine, une métrorragie. La malade prend cette perte pour ses règles ou comme souvent il y a eu un retard de règles elle croit qu'il s'agit d'une fausse-couche et c'est souvent ce diagnostic erroné que portent le médecin ou la sage-femme alors consultés ; erreur d'autant plus excusable que l'hémorragie externe s'accompagne souvent de l'expulsion d'un fragment de membrane caduque qu'on a parfois reconnu au milieu des caillots. L'écoulement sanguin est d'ordinaire peu abondant ; mais il persiste, s'arrête, revient. Il n'est pas constitué par du beau sang rouge, comme celui des règles ou des métrorragies ordinaires, mais par du sang brunâtre, noirâtre, mêlé de mucus. Il nous faut cependant signaler des cas, heureusement assez rares, où même toute métrorragie fait défaut, ce qui est une nouvelle difficulté pour le diagnostic.

Tous les phénomènes peuvent en rester là pendant plusieurs semaines, pendant un ou deux mois même, jusqu'au jour où la malade, incommodée par ses pertes sanguines, par ses douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre, se décide à venir enfin consulter son médecin.

A ce moment l'inspection du ventre ne montre rien de particulier, il n'est pas météorisé ; la palpation démontre parfois une légère défense musculaire de la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque correspondant à la trompe traumatisée.

Le linge de la femme témoigne de la perte sanguine brunâtre pour laquelle souvent elle consulte.

Le toucher vaginal fournit des renseignements intéressants ; on trouve un utérus légèrement augmenté de volume, avec un col un peu entr'ouvert. En effet, il est démontré que dans les cas de grossesse ectopique l'utérus subit une évolution rappelant celle qu'on observe dans la grossesse normale, il peut atteindre jusqu'à 12 et 14 centimètres de longueur et conserver ce volume pendant toute la durée de la gestation, d'autre part le corps et le col peuvent présenter un ramollissement identique à celui que l'on observe dans la grossesse normale.

Mais dans les interruptions du premier mois toutes ces modifications sont fort atténuées, si atténuées même, que l'examen de l'utérus ne révèle, en vérité, aucune modification importante.

L'utérus est mobile mais les mouvements provoqués peuvent causer une certaine douleur par tiraillement de la trompe gravide. Le cul-de-sac de Douglas est libre, mais au niveau d'un cul-de-sac latéral on sent une tuméfaction douloureuse située au voisinage des annexes, se confondant parfois avec elles et donnant des sensations singulièrement analogues à celles d'une annexite banale et c'est à elle que l'on pense habituellement.

Telle est ce qu'appelle notre Maître, M. Lapointe, la *forme ambulatoire des hématomes circonscrits*. Elle ne s'observe guère que dans les hématomes latéraux péritubaires. Elle prend l'aspect d'un héma-

tosalpinx ou d'une salpingite, et dans les cas de ce genre, le syndrome hémorragique fait naturellement défaut. Cette forme ambulatoire est très fréquente et nous sommes surpris que nos traités classiques ne lui accordent aucune mention.

Mais souvent il arrive que les phénomènes ne s'arrêtent pas là. L'hémorragie a été plus importante, soit dès le début, soit à la suite de poussées successives, nous conduisant ainsi à notre deuxième type, caractérisé par le syndrome d'hémorragie chronique.

L'écoulement de sang a été plus abondant, s'est alors accumulé et coagulé soit devant mais plus souvent derrière l'utérus nous donnant ainsi les formes d'hématomes pré et rétro-utérins.

Dans ces cas, les symptômes généraux et locaux sont tout différents. Les sensations douloureuses sont plus marquées, ne permettant plus à la malade, comme précédemment, d'aller et venir ; elle est obligée, plus ou moins vite, de garder le lit.

L'aspect général de la femme est assez caractéristique ; elle est fatiguée, son teint est pâle, les muqueuses sont plus ou moins décolorées, les traits tirés, aucun appétit mais une grande soif, le pouls est un peu fréquent ; la température est au-dessus de la normale, sans que cela signifie un état infectieux. On se trouve donc en face d'un véritable syndrome d'anémie chronique.

L'examen local montre dans le cas d'hématome rétro-utérin, qui est le plus fréquent, une masse

bombant dans le Douglas, repoussant l'utérus en avant contre la symphyse pubienne et se prolongeant latéralement vers la trompe qui a saigné, donnant au toucher une sensation particulière de réplétion et de mollesse.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que notre premier type, c'est-à-dire la forme ambulatoire, en raison de ses symptômes, pouvait être confondu avec les annexites et souvent c'est là l'erreur commise qu'il y a intérêt d'éviter.

L'interrogatoire minutieux de la menstruation, que l'on ne doit jamais négliger, peut fournir des renseignements intéressants ; souvent il révèle des troubles et des irrégularités de règles : un retard de un ou deux mois, parfois même de quelques jours. Mais malheureusement les cas sont nombreux où, comme nous l'avons dit, on ne trouve à la base de l'interrogatoire aucun retard, comme cela se produit dans les cas de rupture de grossesse tubaire âgée de trois semaines et même bien au contraire la métrorragie survenant à ce moment peut être prise pour une avance de règles (observation XVIII). Ce sont là des difficultés qui contribuent pour beaucoup à tromper le clinicien, qui doit, malgré tout, avoir l'esprit en éveil.

Cependant il est fréquent que l'examen montre un utérus un peu augmenté de volume, un ramollisse-

ment du col ; la malade peut avoir éprouvé quelques troubles gastriques, on y remarque un peu de congestion du côté des seins, une accentuation de la pigmentation de leur aréole, des sécrétions vaginales plus abondantes ; bref tous signes fonctionnels ou sympathiques rappelant ceux d'une grossesse au début.

Il est à remarquer que les douleurs abdominales suivies de métrorragies, cet orage pelvien, se produit en règle générale, au moment précis correspondant à l'époque où les règles auraient dû reparaître et particulièrement à l'époque où auraient dû reparaître les deuxièmes et quelquefois les troisièmes règles. Il est très probable que la congestion pelvienne intense, qui survient au moment des règles, est pour quelque chose dans la rupture du sac fœtal. Nous sommes persuadés, que l'apparition de ces accidents, à ce moment, a une grande valeur diagnostique. Il faudra, néanmoins, éliminer avec soin les cas de salpingites compliquées de métrorragies, ce qui sera parfois d'un diagnostic délicat.

Une autre particularité intéressante de ces hématomes péri-tubaires, qui souvent est une aide précieuse pour poser le diagnostic, est l'*unilarité* de cette lésion ; alors que dans la salpingite, d'origine infectieuse, la bilarité est presque toujours constante. Cependant certains cas peuvent prêter à confusion, car nous savons qu'il peut exister d'un côté, un hématome péri-tubaire et de l'autre, une salpingite (observation VI) ; la confusion existe également dans les

cas, bien rares d'ailleurs, de grossesse tubaire double, nous en rapportons un exemple dans nos observations personnelles (obs. I).

D'autre part, il est intéressant de noter que, parfois à la suite d'examens répétés, la tumeur sentie peut donner une sensation différente de celle qu'on avait précédemment trouvée ; son volume semble, fréquemment, s'être accru, car il arrive, qu'ayant mobilisé la trompe hémorragipare, une nouvelle hémorragie se produisant, augmente d'autant le volume préexistant.

Ce sont là, croyons-nous, quelques caractères qui permettront au clinicien de songer que peut-être la salpingite diagnostiquée pourrait être un hématome péri-tubaire d'origine gravidique.

Néanmoins nous devons avouer que parfois les difficultés, résultant de l'absence d'écoulement sanguin, de l'absence de retard de règles, de l'absence de modification de l'utérus et en particulier de son col, sont des causes de diagnostic impossibles.

Quant aux autres affections du petit bassin : tumeurs, kystes, etc... nous pensons que leur caractères particuliers suffisent à les diagnostiquer, nous n'en parlons que pour mémoire.

Quant aux formes qui caractérisent notre deuxième type, nous dirons que l'hématome pré-utérin en est la forme rare, nous en avons déjà vu quelles en étaient les raisons. Néanmoins nous en rapportons deux exemples dans nos observations personnelles (observations n° VI et VII) dans lesquels le toucher

vaginal montrait un Douglas libre, un utérus un peu refoulé en arrière ; l'hématome était perçu en avant de l'utérus sous la forme d'une masse molasse, qui est la sensation caractéristique des caillots de l'hématome frais.

Au contraire l'hématome retro-utérin est la forme habituelle de ces cas, dont la topographie du pelvis donne une explication suffisante. Les indications fournies par le toucher vaginal, jointes à celles de l'histoire de la maladie et à l'aspect de la malade, permettent assez facilement d'en faire le diagnostic. L'augmentation de volume de l'utérus, la molesse de son col, son refoulement en avant vers la symphyse, le Douglas distendu et bombant dans le vagin donnant la sensation d'une masse mollasse, dépressible, remontant en arrière de l'utérus et souvent un peu latéralisée ; tel est l'aspect de l'hématome retro-utérin.

Parfois on hésite pour poser ce diagnostic entre un coagulum sanguin et une collection purulente du Douglas. D'ailleurs la distinction n'est à faire que pour les collections suppurées du pelvis, qui bombent dans le vagin, tels qu'un pyosalpinx, un abcès appendiculaire, un abcès rétro-utérin d'infection puerpuérale. Le moyen simple d'éviter l'erreur est de faire la ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas, ponction facile à faire et sans danger ; la femme est mise en position obstétricale, deux valves vaginales sont mises en place, l'une antérieure, l'autre postérieure ; le col est saisi avec une pince de Museux et

attiré en haut et en avant, dégageant ainsi le Douglas; une seringue de Pravaz armée d'une aiguille à ponction lombaire suffit, on ponctionne au niveau du cul-de-sac rétro-utérin au point le plus saillant, après avoir préalablement désinfecté la région à la teinture d'iode. La présence de sang ou de pus dans la seringue tranche le diagnostic.

C'est aussi le moyen qui permet de reconnaître l'infection des hématomes, complication possible quand on n'a pas fait l'opération précoce qu'il fallait faire.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Quelle que soit la forme anatomo-clinique de ces hémorragies limitées circonscrites : hématome intra-tubaire, hématomes péri-tubaires, hématome anté-utérin, hématome rétro-utérin, le traitement chirurgical s'impose.

Il n'est pas douteux que dans certains cas légers, à lésions minimes, un traitement expectatif pourrait suffir pour obtenir la résorption de l'hématome et celle de l'œuf intra-tubaire et, par suite, la cicatrisation de la brèche tubaire, si les choses voulaient bien en rester là. Mais combien cette thérapeutique nous paraît imprudente, car il faut craindre la transformation de ces cas légers en hémorragies profuses ; la femme est ainsi laissée sous la menace de ces hémorragies qui, par leur abondance et leur brusquerie, mettent la vie en danger et, qui, loin de permettre au chirurgien d'intervenir à son heure, lui forcent la main dans des conditions parfois défavorables.

Nous dirons donc, devant ces dangers, que tout hématome gravido-tubaire doit être traité chirurgicalement ; seulement, il ne pose pas l'indication d'une

intervention d'urgence et on est en droit de prendre son temps, même dans les formes caractérisant le deuxième type. Nous laisserons donc reposer la malade en la surveillant de très près pendant deux ou trois jours, si rien ne presse, avec de la glace sur le ventre, suivant les cas ; nous profiterons de ce répit pour remonter son état général, si cela nous paraît nécessaire, puis nous interviendrons au moment que nous jugerons le plus opportun.

Tout en n'étant pas une opération d'urgence, ce doit être une opération précoce ; autant que possible, s'il s'agit d'un hématome extra-tubaire, on devra intervenir alors sur l'hématome encore frais, l'acte opératoire s'en trouve singulièrement simplifié. En effet, le danger à craindre est la transformation de cet hématome en hématocèle enkystée dont les fausses membranes, les adhérences avec les organes voisins augmentent les difficultés et les risques opératoires.

Si les chirurgiens sont désormais d'accord pour rejeter l'expectation, la discussion commence au sujet de la voie à employer.

Nous pensons que dans les cas d'hématome intra-tubaire, d'hématomes péri-tubaires et d'hématomes latéro-utérins, il n'y a aucune discussion possible ; c'est la laparotomie médiane ; il en est de même, d'ailleurs, pour les hématomes anté-utérins.

Pour les hématomes rétro-utérins, la discussion nous paraît être d'un autre âge. L'intervention précoce sur ces hématomes frais, non infectés, donnant

toute sécurité opératoire, doit être la voie abdominale et non la voie vaginale, car celle-ci consistant en la colpotomie postérieure de Récamier, malgré ses défenseurs, nous paraît insuffisante et dangereuse ; elle n'agit nullement sur la trompe qui est le corps du délit, elle permet d'évacuer l'hématome mais pas d'arrêter l'hémorragie, ne faisant aucunement l'hémostase des vaisseaux tubaires rompus, aussi les suites opératoires ne sont-elles pas exemptes de dangers, ce qu'ignore, et pour cause, la laparotomie.

La laparotomie faite, l'intervention se résumera en l'ablation unilatérale de la trompe rompue, ce qui sera toujours possible lorsqu'il s'agira d'hématome frais, le moignon tubo-utérin sera enfoui et péritonisé.

Exceptionnellement, dans les cas d'hématomes déjà anciens, datant de plusieurs semaines, où, après l'ablation de la masse sanguine on trouve un péritoine utérin et pelvien déjà tapissés de dépôts fibrineux, velvétiques, d'où suinte une hémorragie en nappe, il y aura lieu de se résigner, par mesure de nécessité, à une hystérectomie, seule efficace pour faire une hémostase suffisante de la région. L'intervention devient, alors, plus compliquée, traumatisante, a l'inconvénient de nécessiter une castration totale, faisant d'une femme, jeune encore, une infirme ; le choc et les risques opératoires deviennent plus grands. L'opération précoce faite sur des hématomes frais est, au contraire, une opération facile, bénigne, sans danger et surtout conservatrice de l'uté-

rus et des annexes du côté opposé. C'est un point sur lequel nous ne saurions trop insister, car il acquiert ici une importance capitale.

La paroi abdominale sera fermée, sans drainage de la cavité pelvienne, car nous croyons, dans ces interventions précoces, le drain inutile, l'hémorragie étant arrêtée et susceptible d'être une cause d'infection. Néanmoins, parfois, dans les cas qui nous paraîtront douteux, nous transigerons avec cette règle n'obéissant, alors, qu'à la prudence la plus élémentaire.

Ainsi que nous le voyons, si la symptomatologie de ces hématomes nous conduit au diagnostic erroné de salpingite, le traitement paraît identique dans les deux cas, avec, toutefois, cette différence que dans les cas d'hématomes gravido-tubaires opérés de façon précoce, la castration unilatérale sera la règle et l'hystérectomie l'exception.

Parfois, il nous sera impossible de bannir complétement de notre technique opératoire la colpotomie, que nous considérerons comme un pis aller, aussi employerons-nous cette conduite comme une incision tardive du cul-de-sac de Douglas dans les cas :

1° D'hématome rétro-utérin suppuré ;

2° D'hématome rétro-utérin datant de plusieurs mois et n'ayant pas voulu se résorber.

Telle est la conduite prudente et sage que nous croyons devoir conseiller envers ces hématomes gravido-tubaires qui, par leur fréquence, acquièrent une grande place dans la chirurgie abdominale.

OBSERVATIONS

A) OBSERVATIONS : HÉMATOMES DU DOUGLAS

OBSERVATION I (Lapointe)

Mme G..., vingt-trois ans.

Pas de grossesse antérieure. A eu un retard de règles de cinq semaines. Légères métrorragies depuis trois semaines et souffre du ventre depuis cette époque. Ne s'est jamais alitée.

Vient consulter le 28 octobre 1919. L'examen montre un utérus un peu gros, refoulé contre la symphyse par une tuméfaction mollasse dans le Douglas. Léger suintement sanguin louche par le col un peu ramolli.

Diagnostic. — Hématome rétro-utérin par grossesse tubaire interrompue.

Laparotomie le 6 novembre 1919. — On trouve un Douglas rempli de caillots sans aucune adhérence épiploïque ni intestinale ; à droite une trompe distendue par un caillot : grossesse ampullaire perforée ; à gauche, trompe distendue aussi avec pavillon perméable bouché par un caillot.

Donc grossesse tubaire double.

Hystérectomie supra-vaginale. Fermeture sans drainage.

Guérison sans incident.

OBSERVATION II (Lapointe)

Mme F .., trente-quatre ans.

Nullipare, toujours bien réglée. Souffre du ventre depuis six semaines et perd un peu de sang depuis cette époque. La malade est vue le 18 mars 1920 : faciès un peu pâle mais néanmoins bon état général.

L'examen montre un utérus de volume normal, avec un col mou, entr'ouvert et avec un petit fibrome sur la face antérieure de l'isthme. On sent une masse rétro-utérine se prolongeant du côté droit.

Le médecin de la malade a songé à un fibrome et a prescrit le repos au lit en raison des pertes d'ailleurs peu importantes.

On pense à une double annexite.

Laparotomie le 22 mars 1920. — Il s'agit d'une trompe gravide, comme une cerise, avec une perforation comme une tête d'épingle. Il y a un hématome du Douglas masqué par des adhérences épiploïques faciles à libérer. Les annexes droites sont saines et sont englobées dans la masse des caillots.

Hystérectomie supra-vaginale. Fermeture sans drainage.

Guérison rapide.

OBSERVATION III (Lapointe et Neveux)

Mme V..., trente et un ans, journalière.

Entrée à l'hôpital Bichat le 18 décembre 1918.

Malade entrée pour des pertes rouges peu importantes datant de quelques jours et accusant un léger retard.

L'examen montre une masse rétro et latéro-utérine droite. On porte, à tort, le diagnostic de salpingite.

L'opération faite le 5 janvier montre qu'il s'agit, en réalité, d'un hématome du Douglas avec hémato-salpinx droit et une

déchirure du sac tubaire. Ablation des annexes droites et de l'appendice dont la queue plongeait dans les caillots; fermeture sans drainage.

Suites normales. Sortie le 30 janvier 1919.

OBSERVATION IV (Lapointe et Bretegnier)

Mlle B..., trente-six ans, journalière.

Entrée le 3 janvier 1920 à l'hôpital Saint-Antoine.

Malade entrée avec des signes cliniques peu accentués d'une hémorragie intra-péritonéale causée par rupture de grossesse tubaire survenue le 2 janvier.

Le 5, l'état général n'est pas inquiétant, le pouls est à 100, bien frappé. Il n'y a pas urgence à intervenir.

Opération le 6. — On trouve un petit kyste fœtal gros comme une noisette dans la trompe droite et une masse de caillots dans le cul-de-sac de Douglas sans trace d'enkystement Extirpation de la trompe droite et de l'appendice. Fermeture sans drainage après évacuation aussi complète que possible des caillots.

Suites favorables, sortie le 26 février.

OBSERVATION V (Lapointe et Couinaud).

Mme L..., quarante ans, journalière.

Entrée le 25 mars 1920 à l'hôpital Saint-Antoine.

On porte le diagnostic de grossesse tubaire interrompue (2 poussées successives hémorragipares) avec hématome rétro-utérin, sans caractère urgent ; le diagnostic hésitant est confirmé, d'ailleurs, par la ponction exploratrice du Douglas. On laisse la malade se remonter pendant deux jours.

Opération le 30 mars. — On trouve une trompe droite gravide et un gros hématome moulant le Douglas. Il est prudent de faire une hystérectomie en raison des dépôts fibrineux tapissant l'utérus et englobant les annexes droites. Drainage de nécessité.

Suites normales. Sortie le 6 mai.

B) OBSERVATIONS : HÉMATOMES ANTE-UTÉRINS

OBSERVATION VI (Lapointe et Gresset)

Mme K..., vingt-quatre ans, coiffeuse.

Entrée le 23 septembre 1919 à l'hôpital Saint-Antoine.

Malade entrée pour annexite bilatérale, diagnostiquée double pyosalpinx.

La laparotomie faite le 25 octobre montre un hématome circonscrit gravido-tubaire en voie d'enkystement dans le cul-de-sac vésico-utérin et sur la face antérieure du ligament large. On libère plusieurs anses grêles tapissées de fausses membranes fibrineuses. On est obligé de faire une hystérectomie parce qu'il s'agit d'une grossesse tubaire à l'insertion de la trompe, parce qu'il y a une salpingite du côté gauche, parce que l'utérus est tapissé de fausses membranes. Drainage de nécessité.

Suites favorables. Sortie le 9 novembre.

OBSERVATION VII (Lapointe)

Mme G..., sans profession.

Entrée le 4 mai 1920 à l'hôpital Saint-Antoine.

Début abdominal brusque. Présente un faciès anémique et un ventre sensible. Le col utérin laisse couler un peu de sang trouble et on sent au toucher derrière la paroi, au-dessus du pubis, s'étendant à droite de la ligne médiane une masse mollasse avec un utérus ne paraissant pas augmenté de volume et repoussé en arrière. Aucun retard de règles selon les dires de la malade.

On pose le diagnostic : hématome circonscrit gravido-tubaire vésico-utérin.

Le pouls est bon, il n'y a aucune indication d'urgence : repos et glace sur le ventre. Les jours suivants, les sensations

du toucher se modifient ; la masse pré-vésicale droite diminue et disparaît, mais on sent nettement une tuméfaction annexielle gauche collée au bord gauche de l'utérus. Douglas tout à fait libre. La température est montée une fois à 40 degrés.

On fait la laparotomie transversale le 15 mai, au vingtième jour. Aucune adhérence épiplo-intestinales. Il y a une masse de caillots autour des annnexes gauches de la grosseur d'une orange et surtout en avant du ligament large et de la face antérieure de l'utérus qui est rétroversé mais parfaitement libre. Le péritoine anté-utérin a déjà réagi, il y a des dépôts de fibrine qui se détachent assez facilement. Ablation des annexes gauches où l'on trouve un hématome ampullaire du volume d'une prune et une perforation de la dimension d'une pièce de 20 centimètres ; la cavité de l'œuf décollé est reconnaissable, au centre du caillot on ne voit pas d'embryon.

En résumé : hématome intra et extra-tubaire avec pavillon fermé.

Drainage parce que le fond de l'utérus est saignant.

Suites normales. Sortie le 20 juin 1920.

C) OBSERVATIONS : HÉMATOMES LATÉRO-UTÉRINS

OBSERVATION VIII (Lapointe et Carpenetti)

Mme B..., trente-deux ans, journalière.

Entrée à l'hôpital Bichat, le août 1917.

Malade entrée pour métrorragies légères et douleurs pelviennes datant de quelques semaines.

Au toucher : utérus un peu gros en rétrodéviation, mobile ; dans le cul-de-sac latéral gauche une petite masse de la grosseur d'une prune qui est prise pour une salpingite.

Laparotomie le 4 août : rétroversion utérine non adhérente, annexes droites saines quoique fixées par quelques lâches adhérences faciles à libérer. A gauche : hématome

circonscrit péri-tubaire au voisinage de la trompe hypertrophiée, ablation des annexes gauches.

Hystéropexie et appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Suites favorables. Sortie le 30 août.

OBSERVATION IX (Lapointe et Neveux)

Mme M..., trente et un ans, receveuse.

Entrée à l'hôpital Bichat, le 19 août 1917.

Malade entrée pour des douleurs pelviennes localisées à la fosse iliaque droite.

Au toucher, on sent dans le cul-de-sac latéral droit une masse tendant à s'étendre en arrière de l'utérus qui est légèrement augmenté de volume. Température au voisinage de 38 degrés.

On pense à une salpingite unilatérale droite.

L'opération faite le 7 août montre qu'il s'agit en réalité d'une grossesse droite interrompue avec hématome circonscrit. Extirpation de la trompe droite. Nettoyage des caillots de la région, mais il reste sur le fond de l'utérus des surfaces velvétiques saignantes, dont l'hémostase est à peu près réalisée par un surjet.

Drainage de nécessité.

Suites favorables. Sortie le 23 septembre 1917.

OBSERVATION X (Lapointe et Neveux)

Mme L..., trente-quatre ans, couturière.

Entrée à l'hôpital Bichat, le 15 août 1917.

Malade se plaignant de douleurs abdominales droites avec légère métrorragie datant de trois semaines environ, sans élévation de température.

On pense à une salpingite droite : le toucher vaginal, montrant un utérus mobile avec un col légèrement entr'ouvert et une masse annexielle droite, grosse comme la moitié d'un œuf.

Le 18 août, la laparotomie montre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire interrompue avec hématosalpinx et hématome circonscrit péri-tubaire à droite. Extirpation des annexes droites. Fermeture sans drainage.

Suites normales. Sortie le 2 septembre 1917.

OBSERVATION XI (Lapointe et Neveux)

Mme G..., vingt-quatre ans, parfumeuse.

Entrée à l'hôpital Bichat, le 30 mars 1918.

Malade entrée pour une double tuméfaction annexielle et un peu de température.

On croit à un double pyo-salpinx.

Opération le 16 avril. — La laparotomie montre qu'il s'agit, en réalité, d'un hématome circonscrit autour des annexes droites, lésion déjà ancienne et d'un petit kyste de l'ovaire gauche gros comme une mandarine. Il y a des adhérences épiploïques masquant l'accès vers l'hématome. Utérus rétroversé adhérent. Hémisection utérine ; ablation facile des annexes gauches, mais du côté droit, il n'en est pas de même à cause des adhérences qui laissent une surface saignante que l'on ne peut péritoniser qu'imparfaitement. Drainage de nécessité.

Suites normales. Sortie le 3 juin.

OBSERVATION XII (Lapointe et Neveux)

Mme M..., trente-deux ans, journalière.

Entrée à l'hôpital Bichat, le 2 août 1918.

Diagnostic porté à son entrée : annexite droite.

La laparotomie faite le 21 août montre une grossesse tubaire droite avec hématome circonscrit péri-tubaire. Ablation des annexes droites et d'un appendice sain. Fermeture sans drainage.

OBSERVATION XIII (Lapointe et de Baufond)

Mme D..., trente-cinq ans, ménagère.

Entrée le 28 janvier 1919, à l'hôpital Saint-Antoine.

Malade entrée avec des phénomènes abdominaux : métrorragies et douleurs, survenus après une interruption d'une période menstruelle.

L'examen montre une masse latéro-utérine gauche tendant à envahir le Douglas. La ponction exploratrice du Douglas ramenant du sang, on pose le diagnostic de grossesse tubaire interrompue avec hématome circonscrit latéro et rétro-utérin.

L'opération confirme le diagnostic. Extirpation facile des annexes gauches ; conservation de l'utérus et des annexes droites après libération des adhérences. Ablation de l'appendice. Drain de nécessité.

Suites favorables. Sortie le 24 mars 1919.

OBSERVATION XIV (Lapointe et Gresset)

Mme W..., sans profession.

Entrée le 27 septembre 1919, à l'hôpital Saint-Antoine.

Malade entrée pour des métrorragies et présentant des règles irrégulières. L'examen montre une masse gauche semblant faire partie de l'utérus, d'où : le diagnostic de fibrome, mais la température à 38 degrés pendant quelques jours fait penser à une salpingite.

Opération le 10 octobre. — Il s'agit d'un hémato-salpinx gauche avec hématome circonscrit latéro-utérin. Extirpation des annexes gauches ; la région de l'hématome restant saignante, une hystérectomie hémostatique aurait été pratiquée si les annexes droites n'avaient pas été parfaitement saines. Le foyer est limité par une suture du colon au détroit supérieur. Drain de nécessité.

L'hémorragie extra-tubaire semble s'être faite par le pavillon, on ne trouve pas trace de rupture.

Suites favorables. Sortie le 30 octobre.

OBSERVATION XV (Lapointe et Couinaud)

Mme B..., trente quatre ans, journalière.

Entrée le 7 octobre 1919, à l'hôpital Saint-Antoine.

Femme qui perd un peu de sang et qui présente une masse annexielle gauche paraissant adhérente à l'utérus. On porte le diagnostic de grossesse tubaire probable interrompue, avec hématome limité circonscrit latéro-utérin gauche.

L'opération faite le 18 octobre montre, en effet, un amas de caillots autour de la trompe gauche rompue au niveau de l'ampoule. Les annexes droites sont saines et bien que les surfaces tapissées de fibrine soient un peu saignantes, on se borne à l'ablation des annexes gauches. Hystéropexie. Drain de nécessité.

Complication pulmonaire : broncho-pneumonie ; décès le 29 octobre.

OBSERVATION XVI (Lapointe)

Mme V..., quarante-cinq ans.

Entrée le 4 mars 1920 à l'hôpital Saint-Antoine.

Malade présentant une masse annexielle unilatérale droite diagnostiquée : salpingite droite.

L'opération faite le 16 mars montre qu'il s'agit d'un hémato-salpinx rompu avec hématome limité circonscrit péri-tubaire de la grosseur d'une mandarine. Extirpation des annexes droites et de l'appendice qui était accolé aux annexes. Surfaces saignantes nécessitant un drain de sûreté.

Suites normales. Sortie le 1er avril 1920.

OBSERVATION XVII (Lapointe)

Mme B..., trente-cinq ans.

Un enfant il y a quinze ans, passé génital assez régulier quoique deux métrorragies en septembre 1919. Le 11 mars 1920 à la suite d'un retard de règles de quelques jours elle

est prise d'une légère métrorragie sans réaction abdominale. L'hémorragie ne s'arrêtant plus et devenant plus abondante avec douleurs abdominales elle consulte un médecin qui propose un curettage. Elle reprend son travail jusqu'au 9 avril où elle s'arrête à cause de ces troubles.

Vient, à pied, le 14 avril, consulter M. Lapointe. L'examen montre une masse annexielle gauche, douloureuse, grosse comme un œuf ; utérus un peu mou mais rien de suspect au point de vue de grossesse ; rien à gauche.

Les pertes sont arrêtées depuis deux jours.

Le diagnostic de salpingite unilatérale gauche est porté.

Laparotomie le 19 avril. On trouve la trompe gauche grosse comme une noix, distendue par un caillot, avec une perforation grosse comme un petit pois ; elle est en place, entourée d'une masse de caillots comme une orange, débordant un peu sur le Douglas. Pas d'embryon visible. Le volume de l'ensemble est double de celui qui avait été perçu au palper bi-manuel. Il y a des dépôts fibrineux sur le fond et la face postérieure de l'utérus, il en est de même sur le péritoine latéro-pelvien.

Hystérectomie pour hémostase. Drainage.

Suites favorables. Sortie le 2 mai 1920.

OBSERVATION XVIII (Lapointe et Guillard)

Mme P..., vingt-huit ans, journalière.

Entrée le 20 mai 1920 à l'hôpital Saint-Antoine.

Malade ayant eu deux enfants et une fausse-couche il y a huit ans. Dernières règles le 28 mars, a eu le 18 avril une métrorragie que la malade a prise pour une avance de règles, avec douleurs abdominales assez vives et vomissements. Elle s'est alitée deux semaines puis les pertes sanguines continuèrent, irrégulières : s'arrêtant un ou deux jours pour revenir ensuite ; pertes légères, brunâtres, mais forçant, par leur fréquence, la malade à venir à l'hôpital.

A son entrée la malade présente un facies anémique, une

fatigue générale, un pouls bien frappé. La palpation abdominale est un peu douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite où la malade accuse une douleur sourde. Au toucher on sent une masse au niveau du cul-de-sac latéral droit, masse qui descend un peu dans le Douglas.

Aucun symptôme de grossesse ; on pense à une annexite droite prolabée.

Opération, le 3 juin. — Dès l'ouverture du ventre on voit l'aspect violacé du salpinx, révélateur de grossesse tubaire interrompue. La trompe, grosse comme un petit œuf de poule, est adhérente au Douglas au fond et à droite sans aucune autre adhérence. Il y a un petit hématome péri tubaire entourant la partie externe de la trompe. Extirpation de la trompe avec conservation de l'ovaire droit. Appendicectomie. Fermeture dans drainage.

Donc hématone extra-tubaire et hématome intra tubaire avec cavité centrale sans œuf reconnaissable. Pas de perforation de la trompe mais pavillon fermé par des caillots.

Suites favorables, en bonne voie de guérison.

CONCLUSIONS

I. La classification classique des hémorragies gravido-tubaires ne nous paraît pas correspondre à la réalité des faits cliniques et opératoires, nous pensons qu'il y a lieu d'opposer :

1° *L'hémorragie diffase progressive* ;

2° *Aux hémorragies limitées circonscrites* ;

Comprenant :

a) *La forme intra-tubaire*, formant l'hémato-salpinx qui fournit des cas mixtes de passage entre les diverses formes observées ;

b) *La forme péri-métro-salpingienne*, fournissant :

Les hématomes anté-utérins ;

Les hématomes rétro-utériens ;

Les hématomes péri-tubaires ;

II. Les modalités, si différentes, des divers types observés dans ces hémorragies gravido-tubaires sont fonction :

De la quantité de sang épanché ;

De la rapidité du débit sanguin ;

Du siège de l'hémorragie ;

De la topographie de la région.

III. Au point de vue clinique, les hémorragies limi-

tées circonscrites, surtout la forme ambullatoire, ressemblent aux annexites ; le diagnostic en est délicat et parfois la ponction exploratrice du Douglas est une ressource précieuse pour le diagnostic difficile des hématomes à localisation rétro-utérine ;

IV. Dans les hématomes circonscrits, il n'y a pas d'indication opératoire d'urgence, mais l'opération doit être précose ; il faut opérer avant que l'hématome ait eu le temps de s'enkyster ;

V. L'intervention précoce permet une opération simple, facile, bénigne, peu traumatisante, consistant en une castration unilatérale par voie abdominale, sans drainage.

L'hystérectomie n'a que des indications de nécessité pour assurer une bonne hémostase.

Le Président de la thèse,
LEJARS

Le Doyen de la Faculté
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Récamier. — Gazette des Hôpitaux, 1831.
Bourdon. — Revue médicale, 1841.
Piogey. — Bulletin de la Société anatomique, 1850.
Nélaton. — Gazette des Hôpitaux, 1851-1852.
Gallard. — Thèse, 1856.
Verdet. — Thèse, 1858.
Bernutz. — Archives générales de médecine, 1848.
Trousseau. — Gazette des Hôpitaux, 1858.
Gallard. — Archives générales de médecine, 1860.
Puech. — Thèse, 1861.
Olshausen. — Arch. f. Gynæk., 1870.
Robert. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1872.
Fritsch. — Samml. Klin. Vortr., 1873.
Schrœder. — Arch. f. Gynaek., 1873.
Besnier. — Annales de gynécologie, 1877.
Bernutz. — Conf. cliniques ef arch. de cotologie, 1880.
Jousset. — Thèse 1883.
Bernutz. — Archives de cotologie, Paris, 1884.
Laugier. — Académie des sciences, Paris, 1885.
Lawson Tait. — Lancet, London, 1886.
Reclus. — Gazette hebdomadaire de médecine, Paris, 1886.
Bland Sutton. — Brit. gynoeck., London, 1887.
Barlh. — Gazette médicale. Paris, 1890.
Binaud. — Thèse, 1892.
Duplay. — Union médicale, 1892.
Pilliet. — Progrès médical, 1893.
Gautier. — Thèse, 1893.

Cestan. — Thèse, 1864.
Oberer. — Thèse, 1894.
Quierel. — Marseille-médical, 1895.
Démoulin. — Annales de gynécologie, 1895.
Thévenard. — Thèse, 1895.
Reynier. — Congrès français de chirurgie, 1895.
Pilliet et Riche. — Bulletin de la Société anatomique, 1895.
Cestan. — Gazette des hôpitaux, 1896.
Delore. — Lyon-médical, 1896.
Choyau. — Thèse, 1896.
Gordon. — Thèse, 1897.
Galhausen. — Scalpel, Liége, 1899-1900.
Pozzi. — Traité de gynécologie.
Potherat. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1900.
Couvelaire. — Thèse, 1901.
Demons et Fieux. — Revue mensuelle de gynécologie de Bordeaux. Archives cliniques de Bordeaux.
Jacob. — Annales de gynécologie et d'obstétr., 1903.
J.-L. Faure et Syredey. — Traité de gynécologie.
Skutsch. — Arch. f. gyn., Berlin, 1905.
Théodoroff. — Thèse, 1906.
Villard. — Lyon-médical, 1906.
Baudet et Laporte. — Toulouse-médical.
Proust. — Gazette des hôpitaux, 1914.

Impr. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4724-20